

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION
A L'ETUDE DU PLACENTA PRÆVIA
chez
LA FEMME TUNISIENNE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 21 Juillet 1952

PAR

JACK PELLEGRIN

NÉ LE 12 OCTOBRE 1922, A NIMES (GARD)

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. J. CADERAS DE KERLEAU, professeur, *président*.

A. AIMES, professeur ;

R. JOYEUX, professeur agrégé ;

NEGRE, professeur agrégé.

} *assesseurs*

1954



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553807_0066

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION
A L'ETUDE DU PLACENTA PRÆVIA
chez
LA FEMME TUNISIENNE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 21 Juillet 1952

PAR

JACK PELLEGRIN

NÉ LE 12 OCTOBRE 1922, A NIMES (GARD)

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. J. CADERAS DE KERLEAU, professeur, *président*.

A. AIMES, professeur ;

R. JOYEUX, professeur agrégé ;

NEGRE, professeur agrégé.

} *assesseurs*



A MON GRAND-PERE,

A MES CHERS PARENTS,

*« Respectueusement, je leur dédie cette thèse,
puisse-t-elle être le modeste début de ma
reconnaissance ».*

A MA FEMME CHERIE,

*« Son amour me suffit, pourvu
que je puisse tout lui donner ».*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur J. CADERAS DE KERLEAU,
Professeur de Clinique Obstétricale,
Croix de guerre.

« Toute notre reconnaissance.

*La précision et la clarté de son enseignement
ont été toujours précieux, même lorsque de
loin il a encore voulu nous prodiguer ses
encouragements et ses conseils ».*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. AIMES,

*Professeur de Clinique Chirurgicale,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction Publique.*

Hommage déferent.

*« Puisse l'exemple qu'il nous a donné
au cours de nos années d'étude
rester présent à notre esprit »*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. JOYÉUX,

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Croix de guerre.*

*« Simple marque de gratitude pour l'honneur
qu'il nous fait ».*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. NEGRE,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,

*« En reconnaissance d'avoir bien voulu
nous assister ».*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SCEMLA,

*Chef du Service d'Obstétrique à l'Hôpital Sadiki
à Tunis,*

Chevalier de la Légion d'honneur.

*« Qui nous a inspiré ce travail, accueilli
avec tant de bienveillance dans son
service et guidé patiemment dans nos
recherches ».*

Sincères remerciements.

*A NOS MAITRES DE LA FACULTE
DE MONTPELLIER.*

*A NOS MAITRES DES HOPITAUX
DE TUNIS.*

A TOUS MES PARENTS,

A MES BEAUX-PARENTS,

A MES AMIS.

Contribution
à l'étude du Placenta prævia
chez
la Femme tunisienne

INTRODUCTION

EXPOSE GENERAL DES RAISONS

AYANT POUSSÉ A FAIRE CE TRAVAIL

En Tunisie, le praticien n'est pas sans s'étonner de la fréquence notable des hémorragies par insertion du Placenta, en tout, ou en partie sur le segment inférieur, chez la femme musulmane.

En effet, toutes les formations hospitalières s'entendent pour accorder une place prépondérante aux problèmes, tant médicaux et chirurgicaux qu'obstétricaux, soulevés par cette anomalie de l'insertion utérine de l'œuf.

C'est pourquoi nous avons pris pour illustrer ce travail les observations du service d'Obstétrique de l'hôpital Sadi-ki, à Tunis.

C'est sur ces dernières années et plus particulièrement sur 1950 et 1951, que nous avons cru devoir porter notre attention.

Nous insistons tout au long de notre exposé sur la gravité des cas proposés, la fréquence des placenta prævia par rapport aux accouchements normaux, et les conséquences

tant maternelles que fœtales, qui découlent de l'arrivée tardive à l'hôpital des patientes.

Nous ne devons pas perdre de vue que nous avons à nous occuper surtout de femmes qui ont souvent attendu l'extrême limite de leur force pour venir consulter. Ces femmes qui saignent depuis plusieurs jours, loin de tous soins, présentent un terrain propice aux infections et complications les plus redoutables. D'où l'obligation « faire vite » pour préserver au moins la mère.

Un petit nombre de cas plus favorables pour la mère se terminent parfois par des accouchements normaux, mais laissent souvent peu de chance à l'enfant.

DEFINITION DU PLACENTA PRÆVIA

C'est selon sa zone d'insertion sur le segment inférieur que l'on pourra distinguer trois sortes de placenta prævia.

Placenta latéral : qui empiète sur le segment inférieur mais n'atteint pas l'orifice interne du col.

Placenta marginal : inséré sur le segment inférieur atteint l'orifice interne du col.

Placenta central : qui empiète sur l'orifice interne soit en totalité soit partiellement.

HISTORIQUE

Depuis le XVI^e siècle différentes conceptions se sont affrontées pour arriver à nos conceptions modernes du placenta prævia, de moyens de diagnostic et de traitement. A. Paré le premier a parlé d'hémorragies dues à l'insertion anormale du placenta et proposé de « tirer l'enfant par les pieds ».

Au XVII^e siècle Mauriceau préconise comme Paré la version et la nécessité de faire vite.

Au XVIII^e siècle on insiste sur le fait que tout d'abord il faut arrêter l'hémorragie. Portal et Levret, pratiquent la compression du placenta. Puzos voulant suivre la nature invente la rupture artificielle des membranes et laisse l'accouchement se terminer spontanément.

Au XIX^e siècle avec Barnes et Champetier de Ribes apparaissent les ballons à compression intra et extra-utérine.

Braxton Hicks en 1869 met au point la méthode de version par manœuvres mixtes non suivie d'extraction.

En France, Depaul, Pajot et Tarnier lui préférèrent le tamponnement antiseptique. Pinard reprend la rupture large des membranes mais si Tarnier préfère la dilatation instrumentale, Delmas de Montpellier préconise d'accélérer l'accouchement par la dilatation digitale du col sous rachianesthésie.

Bientôt, suivant en cela les nouvelles méthodes anglo-saxonnes, (Hudson-Ford et Lawsontait), Tarnier introduit en France la Césarienne.

À cause de la mortalité opératoire il faut attendre que Sellhiem et Kronig en 1908 montre l'intérêt du traitement chirurgical. En France Chikelé de Strasbourg en 1921, démontre les avantages de la césarienne basse segmentaire et Brindeau en fixe les indications. Actuellement ce traitement a prouvé sa supériorité sur les traitements d'attente et la césarienne s'est avérée être un instrument de choix.

En Tunisie à l'époque actuelle, le choix de la thérapeutique est guidé par l'opportunité du moment. C'est ce que nous montrerons au cours des chapitres suivants.

PREMIÈRE PARTIE

F R E Q U E N C E

En Tunisie, les notions de fréquence sont quelque peu bouleversées. Si les plus récentes statistiques estiment que les hémorragies par insertion basse du placenta gravitent entre 1/100 et 1 % accouchements, dans les pays européens ou d'outre-Atlantique ; pendant ces dernières années, dans le service de la Maternité de l'hôpital Sadiki à Tunis, la moyenne oscille autour de 2,6 %.

On retrouve cette moyenne absolument identique pendant le même laps de temps à la maternité de l'hôpital civil de Mustapha à Alger.

Il est bien entendu que ces deux centres hospitaliers ne reçoivent que des femmes musulmanes.

Tous les cas qui ont été traités sont des cas graves, car les musulmanes ont une répugnance marquée à accoucher hors de chez elles.

Dans les observations qui suivent, on remarquera le nombre élevé de placenta marginaux.

Par les tableaux suivants, nous allons comparer les statistiques de la clinique obstétricale de Montpellier qui portent sur onze ans de 1940 à 1951, avec les statistiques que nous avons pu faire d'après les observations de la Maternité de l'hôpital Sadiki à Tunis, pendant les années 1949, 1950, 1951.

CLINIQUE OBSTETRICALE DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

Sur 14.000 accouchements de 1940 à 1951 :

79 placenta prævia soit : 0,5 %.

Terminaison	Mortalité maternelle	Fœtale
Spontanée 23	2	12
Césarienne 39	0	11
Versions 14	0	4
Forceps 3	0	1
79	2	28
	soit : 2,6 %.	soit 35 %

MATERNITE DE L'HOPITAL SADIKI

Sur 442 accouchements d'avril à décembre 1949 :

16 placenta prævia, soit : 3,5 %.

Terminaison	Mortalité maternelle	Fœtale
Spontanée 7	0	2
Césarienne 2	1	0
Versions et sièges 7	0	7
Forceps 0	0	0
16	1	9
	soit : 5,5 %.	soit 56,3 %

De 1950 à 1951 :

Sur 1956 accouchements de 1950 à 1951 :

52 placenta prævia soit : 2,6 %.

Terminaison	Mortalité maternelle	Fœtale
Spontanée 18	0	12
Césarienne 8	1	
+ Hystérectomie . 2	1	8
Versions 6		5
+ Braxton Hicks . 6		4
+ Abaissement prophylactique		
du pied 4	1	4
Forceps 5	1	3
Extraction du siège 3	1	4
Total 52	Total 5 soit : 9,5 %.	41 soit 78,7 %

Nous voyons d'après ces tableaux la différence énorme qui existe entre les statistiques de la maternité de Montpellier et nos statistiques tunisiennes. Nous ne pouvons pour les expliquer que donner les observations des cas relevés en Tunisie et ensuite nous pourrons tirer les conclusions qui s'imposent après l'exposé des faits que nous avons constatés.

OBSERVATIONS DES MALADES ENTREES A L'HOPITAL SADIKI POUR PLACENTA PRÆVIA

Observations classées suivant la thérapeutique employée.

- 1° — Accouchements spontanés.
 - 2° — Césariennes.
 - 3° — Versions et Braxton Hicks, et abaissements prophylactiques du pied.
 - 4° — Forceps + Grandes extractions du siège.
-

ANNEE 1950

SPONTANES.

Observation n° 486.

BAYA, 24 ans. Ve pare, 4 accouchements normaux, enfants vivants. H.U. 36 ; grossesse à terme ; présentation céphalique ; engagement mobile. B.D.C.F. + 3/4/50 Hémorragie importante. T V *placenta prævia latéral* en arrière et à gauche. Rupture artificielle de la poche des eaux, liquide amniotique sanglant. La dilatation était à 5 frs. 1 heure après complète : expulsion en O.P. d'un garçon vivant. Délivrance naturelle et complète (ergotine + 10 u. de post-hypophyse). Poids de l'enfant . 3 kg. 250.

Placenta : 650 gr.

Suite de couches normale.

Observation : N° 581.

KMAR, 25 ans. III^e pare. 2 accouchements normaux, 2 enfants décédés. H.U. 32. Grossesse présumée de 8 mois. B.D.C.F. + à droite. Présentation céphalique. Engagement mobile. Saigne depuis 1 heure. T. V. col perméable au doigt tête haute (*P.P. latéral postérieur*) rupture artificielle des membranes, bon état général, pas de contractions. Arrêt de l'hémorragie.

Le 24 à 4 h. : col épais dilaté entre petite et grande paume tête engagée en O.I.G.A.

4 h. 15 : expulsion en O.P. d'une fille.

4 h. 25 : délivrance naturelle et complète (ergotine + 10 u. Post-hypophyse).

Poids de l'enfant : 2 kg 580.

Placenta : 510 grammes (petit lambeau 3 cm.).

Observation N° 864.

DADDOU, 22 ans : III^e pare. 1 enfant vivant, 1 décédé H.U. 34 cm, présumée à terme-présentation O.I.G.A., engagée. Une partie du placenta tombe dans le vagin. T.V. : col effacé dilaté comme 2 fr., poche dans eaux rompues hors du service.

Placenta Prævia marginal. La femme en état de choc, pouls rapide. Syncortyl-Pressyl, mise en place d'un subtosan. Tension artérielle 8/6.

1/2 h. après la dilatation est complète et la femme expulsee en O. P. une fille mort-née.

La délivrance est naturelle et complète, le petit bord des membranes est inexistant.

Poids de l'enfant : 2 kg 930.

Poids du placenta : 760 grammes.

Ergotine : 10 u. Hypophyse ; bon globe utérin. Le choc cède peu à peu. Traitement hémostyl, extrait hépatique, fer, pénicilline 500.000. Suites de couches physiologiques.

Observation n° 1757.

FATMA, 34 ans : VIII^e pare, 5 enfants vivants, 2 décédés en bas âge. 1 avortement au 4^e mois. H.U. 32 cm. Présentation céphalique avec main procidente. B.D.C.F. non perçus.

La femme a saigné depuis le matin. Au T.V. le col diminué de long. Contour épais ; dur, perméable à deux doigts.

On ne sent pas le placenta. La poche des eaux est intacte, mais la femme saigne un peu. Température 38°. Tension artérielle 15/10. Albumine 0.

Deux heures après on sent le placenta, les membranes sont rompues spontanément.

Quatre heures après la dilatation est complète et expulsion O.P. avec un bras droit procident d'un enfant prématuré du sexe masculin, vivant, pesant 1.750 gr. Délivrance artificielle de 620 gr.

Soins 10 u. de Post hypophyse + ergotine. Bon globe utérin. On met en place un subtosan, à la suite d'un petit choc secondaire de la mère.

Penicilline 300.000 Un. par jour.

Distilbéne 5, pendant 3 jours. Extraits hépatiques.

L'enfant meurt 24 heures après la naissance.

Observation n° 1682.

FATMA, 35 ans : IV^e pare, 3 normaux tous décédés à 6 ans, 5 ans, 2 ans, H.U. 31 cm.

Présentation céphalique fixée. B.D.C.F. ? Au T. V. : caillots. Sommet fixé.

La femme est venue ayant rompu sa poche des eaux hors du service et aurait saigné abondamment avant la rupture des membranes, femme en choc, pouls rapide et faiblement perçu, muqueuses décolorées.

Albumine : trace ; température 36,3, tension artérielle 8,5. Mise en place de subtosan. On lui fait syncortyl, pénicilline, coramine, camphre.

Deux heures après l'état de choc est moins prononcé la femme ne perd plus. Toujours pas de dilatation. Après deux heures encore la femme recommence à perdre ; même tension ; température 37°, on passe un 2° subtosan et on fait ensuite une transfusion de 250 gr. de sang. Enfin après une heure, dilatation complète, expulsion d'une fille mort-née, délivrance artificielle immédiate avec révision utérine.

Poids du placenta 490 gr.

15 unités de Post-hypophyse + ergotine ; suites de couches : pénicilline, distilbéne V, 2 jours durant, glace.

Suite de couches physiologiques.

CESARIENNES

Observation n° 1240.

FATMA, âge ? : Primipare. Femme entrant dans le service en saignant depuis 2 h. 1/2 environ. H.U. 34 cm. Présentation céphalique haute, mobile, utérus contracté. Le col est effacé, perméable au doigt et l'on sent le placenta au devant de la présentation.

Placenta Praevia Para-Central.

Il existe une contracture permanente empêchant de percevoir les B.D.C.F. Pouls 404. Température 37,6, tension 12/9. Une heure après son entrée la malade a 2 subtosan intra-veineux, 1 pressyl, et on rompt la poche des eaux.

La présentation est toujours haute, la malade expulse les caillots. On fait une césarienne sous anesthésie générale à l'éther. Garçon vivant-né, étonné de 2 kg 750. Dans les suites de couches les 3 premiers jours, sérum II., pénicilline, syncortyl, vitascorbol, hémostyl, fer ; la malade sort au 14^e jour en bonne santé.

Observation n° 1397.

SALAHA, âge ? : V^e pare, 4 normaux, 3 enfants vivants
H.U. 32 cm.

Présentation céphalique haute, mobile B.D.C.F. +
dans la région ombilicale. Le col est perméable au doigt et
on sent un bord de placenta à travers le col.

Placenta Prævia central partiel.

Deux heures après l'arrivée, rupture artificielle des
membranes, la femme saigne toujours, dilatation 2 Frs. La
dilatation ne progressant pas la tête restant haute. et
l'hémorragie continuant, on décide la césarienne qui permet
de retirer une fille vivante de 3 kg.

Soins post-opératoires sérum : 1 l. pendant 3 jours,
pénicilline, hémostyl, fer.

Sortie le 12^e jour ; bon état général.

Observation N° 1169.

FATMA, 26 ans : VI^e pare, 4 enfants vivants, 1 décédé.
Union entre cousins-germains. H.U. 31 cm, présumé près
du terme. La femme arrive à 9 h. 15 ayant eu une forte
hémorragie le matin. B.C.D.F. néant.

Etat de choc très prononcé, la femme saigne. A la
rupture des membranes, liquide amniotique abondant. On
fait un subtosan, un syncortyl, un pressyl.

9 h. 30 : T.V. dilatation à 2 francs, col effacé.

Placenta Prævia marginal postérieur.

Très haut au toucher une partie fœtale arrondie qu'on
ne peut préciser. Utérus rétracté. 40 H. Spasalgine, la
dilatation se fait à petite paume et permet le toucher intra-
utérin. On sent une petite masse. il semble que ce soit un
bras, on ramène un petit pied. On extrait lentement un
enfant de sexe féminin de 870 gr., le placenta suit ; poids :
369 gr.

L'utérus remonte alors de cinq travers de doigts au-des-
sous de l'ombilic et la main intra-utérine sent une masse

charnue arrondie et lisse sur laquelle il est impossible de distinguer une quelconque partie fœtale.

Comme cette masse est impossible à extraire par la filière génitale, on décide de faire une césarienne basse segmentaire, et par cette voie on extrait un monstre anan-céphale de sexe féminin pesant 1 kg 340.

Soins per et post opératoires : subtosan, pénicilline 1.000.000, 40 unités de Post-hypophyse, coramine.

Deux heures après injection de morphine. Suites normales.

VERSION

Observation n° 4270.

TURKIA : IX^e pare, 8 accouchements normaux, 4 enfants vivants. H.U. 27 cm., grossesse présumée de 7 mois, B.D.C.F. néant. T.V. : Col diminué de longueur dilaté à deux francs cependant la femme saigne. *Le placenta est central* tension artérielle 9/5. Muqueuses décolorées.

Deux subtosans, un pressyl, un hemostyl sont donnés.

9 h. 15 : caillots importants, abondants, tension artérielle 7/4. Nouveaux pressyl, syncortyl.

11 h. : Hémorragie, deux subtosan, oxygène, un syncortyl, camphre, caféine, un cortico-surrénal.

11 h. 30 : transfusion 1 l., pressyl, syncorthyl, spasmalgine.

13 h. : Version et extraction d'un enfant mort-né du sexe masculin de 2 kg délivrance artificielle immédiate : 450 gr., tamponnement.

Nouveaux soins : hypophyse, syncortyl, pressyl, subtosan.

L'état de la malade s'améliore à 17 h. la malade a une syncope. Ouabaine, camphre, oxygène.

Le poulx est incomptable et la malade décède.

Observation n° 1413.

FATIMA, âge ? : enfants ? ; H.U. 33 cm. Présentation céphalique mobile, B.D.C.F. néant.

La malade a des saignements depuis 15 jours. Son état général est mauvais. Elle entre dans le service pour hémorragie importante. Le pouls est petit, tension artérielle 7/3, muqueuses décolorées. T. V. : col effacé, dilaté comme petite paume, poche des eaux intacte. Placenta Prævia latéral qui saigne.

Soins : transfusion 500 gr. + sérum glucosé 1 l., subtosan. Oxygène, pressyle, coramine, caféine.

Quelques heures après son entrée :

Sous anesthésie générale version par manœuvres internes et accouchement d'une fille mort-née de 3 kg 750. Délivrance artificielle 390 gr. 20 un. Post-hypophyse. Pouls meilleur. Toni-cardiaque toutes les heures, morphine deux heures après la délivrance. Pénicilline : 100.000. Suites normales.

Observation n° 1467.

SALAHA, 35 ans : VIII^e pare, 7 accouchements normaux. Entrée dans le service vers 10 h. 45, saigne depuis 15 jours, mais à ce jour, une grosse hémorragie.

H.U. 31 cm, présentation céphalique mobile, B.D.C.F. + à droite. Col dilaté à 1 franc, poche des eau intacte.

Placenta Prævia latéral antérieur.

La femme est choquée et saigne abondamment. On fait camphre, coramine, subtosan.

11 h. : procidence du cordon, refoulée.

11 h. 45 : dilatation à 5 francs, tête haute, pas de cordon. B.C.D.F. Bons.

12 h. 45 : Procidence du cordon qui bat faiblement.

Soins : spasmalgine, camphre.

Sous-anesthésie générale. Version par manœuvres internes, dilatation complète.

13 h. 30 : extraction d'une fille mort-née pesant 2 kg 720. Délivrance artificielle 500 gr.

Soins : ergotine. Post-hypophyse. Etat satisfaisant de la mère.

VERSION + BRAXTON HICKS

Observation n° 1422.

AICHA, 25 ans : 10 accouchements normaux, 3 enfants vivants, 3 morts-nés. H.U. 31 cm, à terme. Sommet mobile. B.D.C.F. néant. La femme doit saigner depuis 3 jours. T.V. : Col diminué de longueur perméable à deux doigts.

Placenta Prævia latéral à droite.

18 h. : la femme saigne, le poulx est rapide, pas de contractions ; à 19 h. quelques contractions ; à 19 h. 40 rupture large des membranes, il est fait deux subtosans, une coramine. Le poulx est alors à 120.

Version et Braxton Hicks mais on ne réussit à avoir qu'un seul pied. La dilatation est longue à progresser. On abaisse le deuxième pied.

Extraction très difficile de la tête dernière.

Garçon mort-né de 3 kg 150, délivrance artificielle de 500 gr. 20 Un. Post-Hypophyse, ergotine, un pressyl, un syncorthyl, un camphre. Suites normales état très satisfaisant de la mère.

BRAXTON HICKS

Observation n° 503.

MABROUKA, 25 ans : 7 accouchements normaux. H.U. 28 cm, présentation céphalique mobile. 10 h. 30 : la femme entre pour hémorragie. B.D.C.F. +

T.V. : col perméable au doigt.

Placenta Marginal. A 11 h. 30 rupture des membranes, la femme continue à saigner. On pratique alors sous anesthésie générale un *Braxton Hicks* avec subtosan, spasmalgine, pressyl. A 12 h. : grande extraction du siège d'une fille née étonnée. Lobeline, frictions, mouvements respiratoires, carbogène, sur l'enfant qui respire après un 1/4 d'heure de soins. Poids de l'enfant 2 kg 670. Placenta 450 gr.

A 17 h. 30 : choc de la femme à qui l'on fait subtosan et syncortyl. Suites de couches normales,

ABAISSMENT

Observation n° 34.

AICHA, 36 ans : VI^e pare, 2 accouchements normaux, 1 accouchement au 8^e mois, décédé, 2 avortements. H. U. 29 cm. B.D.C.F. néant présumée au 7^e mois. Présentation transversale, pas d'engagement. T.V. Col effacé dilaté à 2 frs.

La femme perd abondamment depuis deux heures.

La rupture des membranes se fait à 20 heures. Arrêt de l'hémorragie. A 21 heures, hémorragie et caillots. A 22 heures nouvelle hémorragie, col dilaté à 3 doigts (spasalgine). 23 h. 30 : abaissement prophylactique du pied inférieur, puis du second pied.

A 23 h. extraction d'un fœtus mort macéré, pesant 1420 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta déchiqueté, décoloré, poids 890 gr. Soins 10 un. depost-Hypophyse. Suites de couches normales.

Observation n° 336.

MONDIA, 30 ans : VI^e pare, 5 accouchements normaux (enfants vivants, avortement au 4^e mois) H. U. 29 cm, présentation céphalique mobile. B.D.C.F. + à droite. La femme dit avoir saigné au 3^e mois, au 7^e mois et la veille.

Le 3-3-50, le col est perméable et légèrement effacé. Au T.V. le *placenta* semble être *latéral gauche*.

Le 4-3-50, à 15 heures le col est effacé, dilaté comme 5 fr., la poche des eaux est intacte présentation du siège, la femme saigne légèrement, à 18 h. elle ne saigne plus. On rompt la poche des eaux et par abaissement prophylactique du pied on extrait en siège et en S.I.D.T. un enfant prématuré de sexe masculin de 2 kg 150.

18 h. 35 : délivrance spontanée, cotylédon décollé. Révision utérine qui ne ramène que quelques débris placentaires 720 grs.

Soins post-opératoires : pénicilline et glace.

L'enfant meurt de débilité congénitale trois jours après. Distilbne et purge à la mère qui sort au 8^e jour,

Observation n° 395.

HABIBA, 25 ans : III^e pare, enfants vivants. H.U. 32 cm. Présentation céphalique mobile. B.D.C.F. néant. Entrée à 17 h. 30, au T.V. col dilaté à deux doigts.

On sent un Placenta Prævia latéral postérieur.

La femme ayant abondamment saigné depuis la veille au soir. Etat général mauvais. Pouls et tension incomptables. Sueurs et vomissements. On fait syncorthyl, pressyl, trois subtosan, une transfusion de 400 gr., nouveau pressyl, syncorthyl. Le pouls ne revient pas.

Rupture des membranes. Le saignement continue.

A 23 h. : anesthésie générale, abaissement prophylactique du pied. A 0 h. : extraction d'un garçon mort-né de 3 kg 200.

Délivrance artificielle immédiate, suivie d'hypophyse, ergotine + tamponnement.

O h. 30 : agitation, l'hémorragie continue. La femme décède à 1 h. du matin.

Observation n° 572.

BAKTA, 26 ans : VI^e pare, 4 accouchements normaux, un prématuré décédé au 20^e jour. H.U. 29 cm, présentation mobile du siège. B.D.C.F. néant.

A 15 h. entre dans le service pour forte hémorragie. T.V. col perméable, légères contractions utérines, pertes de sang, température 37,5, pouls 100. Spasmalgine, subtosan.

18 h. 15 : Dilatation à 2 frs et rupture artificielle des membranes. Au toucher on sent maintenant un *Placenta Marginal* devant un siège.

Abaissement prophylactique du pied et extraction progressive du fœtus une fille mort-née de 1 kg. 630. Délivrance spontanée de 350 gr. Révision utérine. Soins habituels 2 ampoules Post-Hypophyse, ergotine.

FORCEPS + GRANDE EXTRACTION DU SIEGE

Observation N° 342.

TENNES, 20 ans : III^e pare, 2 enfants vivants. La malade entre à 6 h. 30, présumée à terme, pour hémorragie grave.

H. U. 35 cm.

Engagement réalisé en O.I.G.A. ; B.D.C.F. néant.

6 h. 30 : Petit sommet engagé. T.V. utérus très contracturé. Col effacé dilaté comme petite paume.

Poche des eaux rompue chez elle. La femme dit avoir perdu depuis la veille 21 h. avec de nombreux caillots, en effet, on sent *le placenta bas inséré*. Le choc est intense, la femme est froide et le pouls imperceptible. On fait alors subtosan, syncorthyl, pressyl, puis un deuxième subtosan. A 8 h. dénudation d'une veine 400 cc sang transfusé, plus un troisième subtosan.

A 9 h. 20 forceps sur un premier enfant fille mort née, pesant 2 kg 380. On rompt alors la deuxième poche des eaux et l'on a à faire une grande extraction du siège sur un garçon mort-né pesant 2 kg 250. Soins : quatrième subtosan, syncortyl, pressyl, camphre, 10 un. hypophyse plus ergotine et 10 unit. hypophyse intra-muros.

La malade est rechauffée, le pouls est revenu, la tension artérielle est alors de 11 1/2, 7 1/2.

La femme décède le 10-3-50 à 16 heures.

FORCEPS

Observation n° 975.

BICHIJA, 24 ans : primipare.

Il s'agit d'une malade envoyée du service de médecine où elle est en traitement pour maladie mitrale et tuberculose pulmonaire. H.U. 31 cm présumée près du terme. Présentation céphalique fixée. B.D.C.F. +

7 heures — T. V. : col diminué de longueur, perméable

au doigt, peu de contractions au toucher un *Placenta Prævia latéral* devant une tête encore haute.

A 11 heures : rupture des membranes spasalgine 1 cm³ (Dr Scemla). La maladie mitrale est bien compensé. Il n'y a pas de gros foie, pas d'œdème, pas de signes pulmonaires. Tension artérielle 14 1/2 / 10. Au point de vue pulmonaire, l'auscultation ne montre rien de particulier. A 14 h. 45 : Spasalgine + solucamphre. La dilatation n'a pas progressé. A 16 h. : l'utérus est tendu. On fait une spasalgine. A 16 h. 30, la dilatation est entre petite et grande paume. A 17 h. : dilatation complète, tête en O.I.G.A., forceps sous-anesthésie à l'éther, extraction d'un garçon vivant après épisiotomie. Tension 14/11. 1/2 heure après le forceps. Ouabaïne intra veineuse, 10 un. post-hypophyse + ergotine. 4 crins sur l'épisiotomie. Poids de l'enfant 2 kg 700. Placenta 420 gr., distilbène, pénicilline, digitaline. Malade passée au service médecine 6 jours après en bon état.

Observation n° 1501.

FATMA, 22 ans : Primipare. Présentant une aortite avec anévrisme du tronc brachio-céphalique, myocardite, et dilatation cardiaque chez une ancienne paludéenne envoyée par le service de médecine avant le travail.

H. U. : 29 cm, présentation céphalique mobile.

Au T.V. le col est fermé. 8 h. après son arrivée, hémorragie, le col est effacé et perméable au doigt.

Placenta prævia Central. — B.C.D.F. non perçus. On fait une spasalgine, deux ouabaïnes, transfusion de 250 gr. Au bout de 3 h. la dilatation est complète, application de forceps sur O.I.G.A., fille mort-née, délivrance artificielle. Poids de l'enfant : 1 kg 900 ; poids de placenta : 350 gr. Soins post-opératoires, ouabaïne + oxygène, gardénal, théobromine, pénicilline. La femme meurt le 24-10-51. Œdèmes généralisés.

ANNEE 1951

SPONTANE

Observation n° 1722.

HADDA, âge ? ; II^e pare, 1 accouchement normal, enfant décédé à 1 an. H.U. 20 cm. Siège complet en présentation. B.D.C.F. néant.

Entrée à l'hôpital à 21 h. 15. Depuis 17 h. dit saigner abondamment. Le pouls est rapide, les muqueuses décolorées, la tension artérielle est à 9/6. *Le Placenta est à la vulve.*

Le fœtus est toujours in utéro, en présentation de siège, engagé en S.I.D.T. La femme pousse et expulse une fille mort-née pesant 1 kg 030. Tout de suite après, expulsion du sac membraneux. La délivrance paraît complète et pèse 270 gr. Immédiatement on installe un subtosan, coramine, intra-veineuse, ergotine. Le lendemain la formule sanguine montre une anémie modérée à 3.000.000 de globules rouges pour 9.300 globules blancs. 55 % hémoglobine. Valeur globulaire 0.89. Présence de globules rouges nucléés 2 %. Traitement habituel : hémostyl, fer, hépatrol.

La femme sort au 5^e jour.

Observation n° 1299.

BARKIA, 31 ans : X^e pare, 9 normaux, 1 décédé en bas âge, 8 mort nés. H.U. 30 cm. Présentation céphalique mobile. Bruits du cœur néant. Cette multipare entre en salle d'accouchement à 19 h. Elle est en travail, elle saigne abondamment et a déjà saigné.

T.V. dilatation à 5 frs. Présentation céphaline mobile et on sent le bord du *Placenta Mariginal*. La femme saigne toujours.

On fait une spamalgine un K-Trombyl et rupture artificielle des membranes. L'hémorragie s'arrête presque im-

médiatement. La dilatation est complète et la femme expulse une fille mort-née pesant 2 kg 430.

Aussitôt après, extraction simple de la délivrance complète 450 gr. Après la délivrance la femme saigne encore. Tout rentre dans l'ordre avec deux post-hypophyse à 5 un. + 2 ergotine et 4 pressyl.

La femme sort au 8^e jour en bon état général après les soins habituels.

Observation n° 623.

HABIBA, 30 ans : VII^e pare. 6 accouchements normaux. 4 enfants vivants. H.U. 30 cm.

Cette multipare entre dans le service à 1 h. 30 disant avoir eu de fortes hémorragies. Elle saignait depuis un mois. T.V. col à peine perméable, vagin comblé de caillots, présentation céphalique haute. Les B.D.C.F. sont très irréguliers. Le poulx est petit, la femme est très anémiée mais ne saigne pas, mise en place d'un subtosan.

A 6 h. 45 très forte hémorragie, second subosan, tension artérielle 10/8. Un nouveau T.V. montre une dilatation entre 5 francs et petite paume sur une présentation mobile au D.S. La poche des eaux est rompue et on sent *un Placenta Prævia latéral droit*.

A 9 h. 30 : dilatation complète sommet engagé.

A 9 h. 45 : expulsion en O.P. d'un garçon vivant.

9 h. 55 : délivrance normale complète.

Poids de l'enfant 3 kg 145.

Soins : 10 un. Post-Hypophyse + ergotine ; extraits hépatiques, hémostyl, fer. B. W. sur la mère et sur l'enfant. Suites normales.

CESARIENNES

Observation n° 992.

MANOUBIA, 30 ans : VIII^e pare, 6 enfants vivants, accouchements normaux, H.U. 30 cm, présumée de 7 mois, B.D.C.F. + .

Le 16 à 11 h. 30 la femme entre dans le service, saignant abondamment, choquée, pouls rapide T.A. 8/6. Au T.V., le col est long, perméable au doigt à travers un *placenta Prævia central* on sent une présentation transversale. La femme a alors une syncope, camphre, coramine, on installe un subtosan intra-veineux. 12 h. 30 : sous anesthésie à l'éther et avec un deuxième subtosan, la femme est opérée d'une césarienne basse segmentaire laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine est décollé aisément, incision transversale du segment inférieur, extraction d'un prématuré, délivrance artificielle immédiate avec 20 Un. Post-Hypophyse intra-muros, sutures en deux plans du muscle, paroi en trois plans, agrafes sur la peau. Garçon ranimé après 10 minutes, une lobeline + une caféine, bain, frictions à l'alcool. Poids de l'enfant 2 kg 180.

Il meurt le lendemain. Soins post-opératoires : pénicilline 1.000.000, streptomycine 1 gr. par jour pendant 7 jours. Hémostyl, fer, vitascorbol.

Sortie le 12^e jour.

Observation n° 1099.

CHIRIFFA : primipare. H.U. : 31 cm. Siège. B.D.C.F. non perçus. La malade entre dans le service pour forte hémorragie le matin ; dit être jeune fille. Depuis 8 mois pas de règles. La facies et les muqueuses décolorées. Œdème des membres inférieurs. A l'examen extemporané, présence d'albumine dans les urines.

T.V. 15 h. 30 col dilaté à 2 frs présentation du siège avec un *Placenta Prævia central*. La malade fait une syncope et reçoit syncortyl, pressyl, camphre, subtosan intra-veineux. A 17 h. : nouvelle syncope, un subtosan intra-veineux + pressyl intra-veineux.

A 19 h. : on passe 500 gr. de sang de groupe O-Rh+.

A 20 heures sous anesthésie générale à l'éther, césarienne segmentaire basse transversale. On passe à travers le placenta et on extrait une fille mort-née ; fermeture en deux plans sous double péritonisation ; paroi en trois plans. Injection de phénergan sous-cutané. A 21 h. on repasse un subtosan intra-veineux. Soins post-opératoires : sérum, pénicilline, syncortyl, vitascorbol, puis hémostyl et fer.

La malade sort au 12^e jour en bon état.

Poids de l'enfant 2 kg 900.

Observation n° 1360.

AZZA, 20 ans : primipare. H.U. 26 cm. Siège. B.D.C. F +. Le 16, la femme se disant à terme entre dans le service car elle saigne depuis trois jours.

A l'examen le col est diminué de longueur, perméable au doigt, on sent un siège à travers un *Placenta Prævia central*. On met la femme en Trendelenburg. On fait un spasmalgine, 1 K. Trombyl. Le pouls est à 130, la tension à 41/8. L'hémorragie cède peu à peu. Le 17 à 11 heures la femme recommence à saigner. Le col est dilaté comme 1 fr. On sent le *Placenta Prævia central*, il est fait : un subtosan, 1 l. intra-veineux, 500 gr. sang conservé et pénicilline, à midi, césarienne segmentaire sous anesthésie générale à l'éther. Extraction d'un enfant vivant de sexe masculin de 1 kg 500, la délivrance artificielle pèse 370 gr.

Soins : 10 uni. Post-hypophyse intra-muros, sutures en deux plans du segment inférieur. Paroi en trois plans. L'enfant de sexe masculin naît étonné et est ranimé vigoureusement.

Il meurt 5 jours après.

La mère sort au 15^e jour a des suites normales avec le traitement habituel : pénicilline, streptomycine, hémostyl, fer, hépatrol, vitascorbol et à la mort de l'enfant : distilbène 5 pendant 3 jours.

Observation n° 1395.

AICHA, 31 ans : IV^e pare, 2 enfants vivants, 1 accouchement normal avec enfant mort-né. H.U. 31 cm. Présentation transversale. B.D.C.F. néant.

Entrant à 7 h. la femme vient pour fortes hémorragies avec pertes de gros caillots et quelques contractions.

T.V. col dilaté entre 5 frs et petite paume. On sent un placenta *Prævia*. Excavation vide avec une présentation transversale. Pouls à 108. Tension artérielle à 10/8. Un subtosan installé en perfusion, une spasalgine.

A 11 h. : césarienne segmentaire basse transversale. Médiante sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on remarque un segment inférieur mal formé.

On décolle aisément le péritoine viscéral, incision transversale des muscles. On va à la recherche d'un petit pied, la version est malaisée, extraction d'une fille mort-née d: 3 kg 300.

La délivrance est difficile. On fait 20 un. de Post-hypophyse intra-muros. Poids du placenta 580 gr.

Sutures en deux plans d'une brèche musculaire complète au catgut n° 2. Péritonisation soigneuse, cure radicale d'une hernie ombilicale. Paroi en trois plans, agraffes sur la peau. Suites normales avec comme traitement, sérum, pénicilline, hépatrol, hémostyl, vitascorbol ; la malade sort au 15^e jour.

VERSIONS

Observation n° 1447.

KHADIJA, 28 ans : V^e pare, 4 accouchements normaux, 3 enfants vivants. H.U. 33 cm. Présentation de l'épaule B. C.D.F. néant. Il s'agit d'une femme multipare qui entre à 22 h. 30 ayant des pertes sanglantes depuis midi. L'utérus tendu ne permet pas l'auscultation des B.D.C.F.

Au T.V. : poche des eaux bombant dans le vagin. Dilatation complète. On rompt les membranes et sur une présentation haute de l'épaule on sent un *Placenta Prævia latéral* inséré sur la face postérieure. Sous anesthésie générale à

l'éther, on fait une version par manœuvres internes et on extrait un garçon mort-né pesant 2 kg 960. Délivrance artificielle 480 gr. Soins : Ergotine + 10 un. Post-Hypophyse. Pénicilline, glace.

La femme sort au 8^e jour.

Observation n° 871.

TIJANIA : XIII^e pare, 5 enfants vivants, 5 décédés, 1 avortement, 1 mort-né. H.U. 35 cm. B.D.C.F. + très ralentis. Bras procident. Entrée le 2-6-51 à 20 h. 45, la poche des eaux serait rompue depuis midi, la femme saignerait depuis 10 à 12 h. T.V., col dilaté entre petite et grande paume, bras procident. *Placent Prævia latéral.*

La femme est légèrement choquée, son pouls est rapide mais bien frappé. Tension artérielle 10/7. On fait une spasmalgine intra-veineuse et on installe un subtosan.

A 21 h. 15 : version. A 21 h. 20 : extraction d'une fille très vite ranimée. Délivrance artificielle immédiate et révision utérine. Ergotine + 10 u. Post-hypophyse. Bon globe utérin. Poids de l'enfant 4 kg. 200. Poids de la délivrance 960 gr. B. W. mère et enfant

Soins post-opératoires : glace, pénicilline. Suites de couches physiologiques.

BRAXTON HICKS

Observation n° 844.

ESSIA 30 ans : IV^e pare, 3 enfants vivants, 2 avortements. Entrée à 10 h. H.U. 28 cm (présumée de 8 mois) métrorragies depuis deux jours. Tension artérielle 9/6. T. V. col perméable à deux doigts, sommet mobile. B.D.C.F. + à droite, femme saignant abondamment, deux subtosans en place ; 250 cm³ de sang.

Braxton Hicks à 10 h. 45 sur un garçon vivant de 2 kg 550. Délivrance artificielle immédiate. Syncortyl, coramine, hypophyse, ergotine.

Observation n° 86.

ZINA, âge ? : V° pare, 5 enfants vivants. H.U. 32 cm. B.D.C.F. non perçus. Entrée à 12 heures. T.V. col épais dilaté comme une petite paume. Présentation de l'épaule. On sent du placenta qui saigne un peu. Procidence du cordon qui ne bat pas, la poche des eaux serait rompue depuis deux heures. A 13 h. : spasmalgine. A 13 h. 15 : spasmalgine. A 13 h. 30 : spasmalgine intra-veineuse. Présentation de l'épaule, bras droit dans le vagin. Cordon procident à la vulve. Dilatation entre petite et grande paume. Col rigide. Sous l'effet de la spasmalgine intra-veineuse le col s'assouplit. Introduction de la main qui saisit le pied antérieur, mise en place d'une cordelette de gaze et d'un poids et on attend. La jambe descend lentement, on abaisse facilement le deuxième pied, puis les deux bras. Mauriceau facile, délivrance artificielle, révision utérine, ergotine + 10 un. de post-hypophyse, l'enfant extrait est un garçon mort-né de 3 kg 320. Poids du placenta : 595 gr. Malade sortie deux jours après. Soins post-opératoires : pénicilline et glace.

Observation n° 1644.

MABROUKA, 20 ans : Primipare. H.U. 29 cm. Présentation du sommet mobile. B.C.D.F. néant. T.V. col perméable à deux doigts.

Saigne depuis un mois environ et a eu le jour même une très forte hémorragie, choc prononcé, pouls incomptable. On installe immédiatement, subtosan, syncortyl, pressyl, solucamphre. L'état de la malade ne s'améliore pas, deuxième solucamphre, pressyl, syncortyl.

A 14 h. 30 : rupture artificielle des membranes. Tension artérielle 9/4, le pouls filant est incomptable. On fait une version quand la malade saigne à nouveau et une manœuvre Braxton Hicks sous anesthésie au Kéloré.

On extrait une fille mort-née de 1 kg 900. Délivrance immédiate : 570 gr. ; 30 un. de Post-hypophyse. Réanimation de la femme.

Oxygène, 250 gr. de sang conservé + deux flacons de sérum, syncortyl, pressyl, morphine.

A 17 heures la tension est à 11/5, le pouls à 120.

Les suites de couches : pénicilline, hépatrol, hémostyl, fer. Au 13^e jour une numération globulaire, une anémie 1.550.000 globules rouges ; 9.300 globules blancs avec 25 % hémoglobine.

Traitement par transfusion sanguine de 200 grammes, deux en tout.

La femme sort 21 jours après.

FORCEPS

Observation n° 213.

FATMA, 25 ans : II^e pare, un accouchement normal ; enfant décédé en bas âge. Femme entrée à terme à dilatation complète, poche des eaux rompues tête engagée en O. I.G.P. Pas de contractions. Application du forceps de Tarnier pour défaut de rotation. Garçon vivant pesant 3 kg 350. Placenta pesant 770 gr., délivrance naturelle. *Placenta Prævia anatomique*. Petit lambeau 1/2 cm.

Observation n° 472.

ZEZIA, âge ? : Primipare. H.U. 32 cm. Présentation céphalique fixée. B.C.D.F. néant. Cette primipare entre choquée, algide, le pouls est rapide (120), la tension artérielle à 11/7. Elle dit avoir saigné pendant 4 jours. A son entrée elle ne saigne plus.

T.V. le col est effacé dilaté comme petite paume, on trouve un *Placenta prævia central partiel*, une tête fixée, mais on n'atteint pas les membranes. On installe tout de suite un subtosan, coramine, oxygène. L'état général s'améliore, la femme se réchauffe. Le pouls devient meilleur. A 14 h. la dilatation est complète. On sent un placenta central partiel et on atteint les membranes en avant (Dr Scemla). A 14 h., rupture des membranes, la tête est dans l'excavation en O.I.D.P.

A 15 h., sous anesthésie générale à l'éther, forceps : prise en O.I.D.P. Rotation, on refoule en même temps le placenta en arrière. Extraction en O.P. d'un garçon mort-né pesant 2 kg 800. Délivrance artificielle immédiate. Placenta 600 gr. Soins : ergotine + 10 un. hypophyse, 20 un. Post-hypophyse intra-muros. Réfection du périnée déchiré. Syncortyl et transfusion de 300 gr. Soins post-opératoires habituels : hépatrol, hémostyl, fer. La malade sort au 8e jour en bon état général.

Observation n° 1826.

KADIJA, 20 ans : IV^e pare, 3 accouchements normaux, enfants vivants. H.U. 34 cm. Présentation céphalique engagée en O.I.D.T. B.D.C.F. + très rapides.

17 h. au T.V. on sent un bras procident à droite et du *placenta* qui sort en dehors de la vulve et sur la gauche. La dilatation est complète et les bruits du cœur restent très rapides. La femme est très choquée, le pouls est rapide et incomptable. La tension artérielle est à 8 1/2 maxima. La minima est imprenable.

On installe immédiatement un subtosan et l'on fait une spasalgine sous cutanée, un syncortyl, une caféine. Comme l'utérus est toujours tendu, on passe une spasalgine intra-veineuse.

A 17 h. 30 application d'un forceps en O.I.D.T., on extrait un garçon mort-né de 3 kg 250.

En même temps que l'enfant, vient le placenta de 300 gr. Le placenta est altéré avec de gros sillons et des membranes dissociées. 10 un. hypophyse + ergotine.

Soins post-opératoires, pénicilline, glace. Bonne suites de couches. Sortie au 6e jour.

DEUXIÈME PARTIE

P A T H O G E N I E

A quelles données pathogéniques peut-on se rattacher pour expliquer, d'une part la fréquence du placenta prævia en Tunisie, et d'autre part sa gravité.

Nous avons montré par nos exemples l'importance de la multiparité comme une des causes principales des placenta prævia en Tunisie. Si nous avons pu réunir 8 observations de placenta prævia chez des primipares, le plus grand nombre des accouchées avaient déjà été enceintes en moyenne 4 ou 5 fois.

Les accouchements antérieurs se sont déroulés dans des milieux à peu près privés d'hygiène et les endométrites s'ajoutent aux causes citées plus haut.

Du fait des grossesses rapprochées, il existe une subinvolution utérine qui est reconnue par tous comme étant une des causes de placenta prævia.

Chez les primipares, les accouchements étaient prématurés, et ceci peut s'expliquer par l'insertion basse du placenta. D'une théorie actuelle il ressort que la prématurition est due entre autre à une affection pathologique des membranes par production en excès de liquide amniotique. (D'après des travaux faits à la clinique Tarnier à Paris).

CLINIQUE HABITUELLE DU PLACENTA PRÆVIA EN TUNISIE

Du fait même de la répugnance qu'ont les femmes tunisiennes à fréquenter les quelques consultations prénatales jusque là organisées sur le territoire de la Régence, nous n'avons pas pu tenir compte dans notre étude des accidents classiques des premiers mois de la grossesse.

Tous les cas que nous avons pu relever sont des accouchements prématurés et des hémorragies de la fin du 3^e trimestre.

La femme habituellement vient à l'hôpital parce qu'elle saigne. Le plus souvent c'est une multipare et elle ne s'est pas inquiétée de pertes sanglantes qu'elle a pu avoir dans les jours où les semaines précédents. Ce n'est simplement que l'hémorragie abondante qui a décidé l'entourage à consulter un médecin.

L'âge de ces femmes est très difficile à fixer. La plupart ne le savent pas exactement et le mariage chez les musulmans étant précoce, on voit de grandes multipares entre 25 et 35 ans. La plupart du temps aussi il faut savoir que la population laborieuse de la Tunisie vit de peu, donc sont des sujets chez qui les hémorragies présentent un surcroît de gravité.

Il arrive, donc une femme, manifestement enceinte, jeune, ayant eu des grossesses antérieures, le plus souvent rapprochées dont l'état général est précaire.

Que nous apprend l'examen clinique ?

L'âge de la grossesse ne peut être défini avec précision par l'interrogatoire.

Les croyances musulmanes veulent que la femme

mariée puisse à n'importe quel moment être mère. L'enfant disent-ils « dort », ce qui a permis par exemple de trouver des observations de fibromes de 18 kilogrammes et dans le service de la maternité de Sadiki, un lithopédion de 22 mois sans pour cela que la patiente s'en inquiète. On essaie donc de définir l'âge de la grossesse par la mesure de la hauteur utérine, ce qui est un moyen objectif.

Le toucher combiné au palper, permet d'apprécier l'état du col en même temps que la nature de la présentation. Dans 50 % des cas il s'agit d'une présentation céphalique mobile.

Dans 20 % environ d'un siège mobile, 15 à 16 % de présentation céphalique fixée, le reste soit : 14 % de présentation transversale.

En même temps on précise le diagnostic de placenta prævia. La plus grande partie sont des placenta prævia latéraux (40 %).

Les placenta centraux et marginaux se partagent le reste de la fréquence (60 %). (30 % + 30 %).

La notion de position du placenta et la présentation ont une grosse importance car ils décideront le plus souvent de la solution thérapeutique qui devra s'appliquer au cas clinique envisagé.

On apprécie aussi par l'examen du col le degré de dilatation, l'état des membranes qui sont soit intactes soit rompues.

Le premier soin est suivant le degré de l'anémie et du choc de la femme, d'instaurer la réanimation qui permettra d'attendre les conditions optimum de délivrance. Pour cela à la maternité de Sadiki on a accordé comme nous l'avons vu la confiance à l'alcool polyvinilique (ou subtoan) auquel on adjoint syncortyl, pressyl et toni-cardiaques.

D I A G N O S T I C

Ces examens cliniques pratiqués permettent de porter avec certitude de diagnostic du placenta prævia. Toutefois il faut envisager dans notre exposé, qu'il peut y avoir d'autres causes pouvant provoquer des hémorragies de fin de grossesse et des hémorragies pendant le travail.

Nous ne ferons que citer les hémorragies de varices vaginales et celles produites par les petites tumeurs bénignes du col ; les lésions produites par l'introduction de comprimés de permanganate dans un but abortif ne sont pas rares, mais on ne les trouve chez des femmes enceintes que depuis peu de temps. Nous mentionnerons aussi l'hématome rétro-placentaire qui donne de petites hémorragies de sang noir associés à des signes de toxémie gravidique avec hypertension et albuminurie... (Nous possédons une observation n° 682) ou ce diagnostic a pu se poser, la femme présentant à l'examen extemporané des urines des traces d'albuminurie mais sans signe d'hypertension.

Mais surtout au moment du travail, en l'absence d'anamnèse, devant un col fermé ou incomplètement dilaté, et sans le « signe du matelas », le problème qui se pose est de savoir qu'il ne s'agit pas d'une rupture utérine. Cette éventualité de complication n'étant pas une rareté même à l'époque actuelle.

Si la rupture spontanée, au cours du travail ne se voit de nos jours que de façon exceptionnelle puisque on ne parle que de 0,4 ‰ cas dans les maternités européennes, à Alger ce taux est encore de 1 cas pour 1.000. Les gynécologues venus au dernier congrès de mai 1952 à Tunis ont pu voir réunies dans la même chambre à l'hôpital Sadiki quatre femmes ayant présenté les jours précédents des ruptures de l'utérus,

L'interrogatoire permettra toutefois de noter l'arrêt brusque des douleurs précédant l'hémorragie de sang noirâtre et l'examen clinique confirmera le diagnostic à cause du syndrome péritonéal co-existant même s'il n'existe pas de hernie partielle du fœtus.

La délivrance naturelle ou artificielle étant faite, la révision utérine permettra de toute façon dans les cas douteux, de rechercher une rupture ou une fissuration du segment inférieur.

P R O N O S T I C

Après ces examens cliniques le diagnostic étant porté, quel est le pronostic que l'on peut faire sur l'enfant.

L'auscultation des bruits du cœur fœtal, indique immédiatement si celui-ci est mort ou s'il vit. Dans ce dernier cas on tentera, s'il n'y a aucun danger pour la mère, de le conserver vivant.

Le pronostic maternel plus favorable est donné par l'état et l'importance du choc, l'abondance et la durée de l'hémorragie, les complications qui peuvent advenir lors de l'accouchement et dans les suites de couches.

Pour la mère l'hémorragie a une grande signification pronostique.

Ainsi que l'ont dit Lévy-Solal et ses collaborateurs on devra beaucoup plus craindre les hémorragies fréquentes et répétées dans les derniers mois de la grossesse, qu'une seule hémorragie de grande abondance.

Les hémorragies répétées prédisposent aux hémorragies graves du travail et surtout à celles de la délivrance qui peuvent se terminer par des amputations totales de l'appareil génital (nous en avons relevé deux cas en 1951) et malgré cela une issue fatale est toujours à redouter.

Le choc est d'autant plus grave que justement l'hémorragie a été plus spoliative.

Nous avons déjà dit que les sujets reçus dans les centres hospitaliers tunisiens étaient en état de moindre résistance, et le plus petit déséquilibre peut entraîner des états de choc irréversibles.

Quoiqu'il en soit, les statistiques de Rouchy prévoient 15 % de morts maternelles pour les placenta prævia vus en urgence, et dans le rapport de Paucot et Ribes une mortalité maternelle de l'ordre de 7 à 8 %.

Une des dernières statistiques américaines, celle de Williams en 1948, montre que dans un ensemble de services hospitaliers des Etats-Unis, on est arrivé à un taux de mortalité maternelle de l'ordre de 1,6 %.

Pour nous, les observations de 1949 que nous avons pu compiler nous donnent sur 16 placenta prævia un décès pour les mères, c'est-à-dire un pourcentage égal à 5,5 %.

Pour les années 1950-1951 le pourcentage est de 9,5.

Ce qui montre combien lourde encore reste la mortalité attachée au Placenta prævia en Tunisie.

Le pronostic foetal est encore plus grave que le pronostic maternel.

Un nombre important d'observations nous ont montré que les accouchements pour placenta prævia se passent le plus souvent avant le terme.

75 % avant le huitième mois, dont 50 % entre le 7^e et le 8^e, et 25 % avant le 7^e.

Les 25 % qui restent, à terme.

De plus, ces enfants victimes de la spoliation sanguine ajoutée à la prématurité sont d'autant moins viables.

Les quelques cas de l'année 1949 donnent 9 décès sur 16 accouchements pour placenta prævia. C'est-à-dire 53,3 %.

Pour les années 1950-1951 nous arrivons au taux de 78,7 %, c'est-à-dire 41 enfants morts sur 52 placenta prævia.

Dans cette moyenne nous avons compté 7 enfants décédés dans les jours suivant l'accouchement et deux morts-nés macérés, ce qui laisse 32 enfants morts-nés sur 52 accouchements par placenta prævia, soit plus de 60 %. Ces chiffres dépassent de loin les statistiques les plus sévères de ces dernières années. Nous avons vu, en effet, dans ce chapitre relatif à la fréquence du placenta prævia, que la statistique de la maternité de Montpellier comptait 35 % de morts fœtales. Certaines statistiques donnent ces chiffres encore inférieurs de l'ordre de 20 %. (Statistiques américaines de Williams 1948 : 21,4 %).

Pour être complet et avant d'aborder le chapitre du traitement du placenta prævia, nous soulignerons à la lumière des observations que nous avons citées plus haut, que à l'inverse de la presque totalité des publications de ces dernières années, le traitement chirurgical ne nous donne pas au point de vue pronostic fœtal ou maternel de meilleur résultat que le traitement obstétrical.

Nous expliquerons plus loin, cet état de choses qui à priori peut paraître anormal.

Voici donc posé le problème, la clinique nous en a donné les éléments, elle va guider notre choix sur les méthodes thérapeutiques et la conduite à tenir vis-à-vis de la mère et de l'enfant.

TROISIÈME PARTIE

T R A I T E M E N T S

Le traitement habituel dans le service de la maternité de Sadiki suit les méthodes classiques. Pour cela on a recours aux trois modes thérapeutiques : d'abord médicale, ensuite obstétricale ou chirurgicale étant bien entendu que le traitement médical vient compléter les deux autres sans en être séparé.

TRAITEMENT MEDICAL D'URGENCE

Examinons tout d'abord le rôle du traitement médical qu'il est habituel d'instaurer à l'hôpital Sadiki.

Les perfusions de sérum et subtosan, en rétablissant la masse circulante, donneront à l'organisme les moyens de réparer une hémorragie de grande abondance, mais qui ne s'est pas répétée. On a réservé la perfusion de sang conservé au cas d'hémorragies fractionnées ayant entraîné une anémie par épuisement des réserves globulaires. Le subtosan permet en plus de lutter contre le choc. Pour les cas les plus graves l'oxygénothérapie complètera l'action de la perfusion en donnant à l'organisme le moyen de réoxygéner les tissus anémiés. Les extraits cortico-surénaux et les toni-cardiaques, le camphre donneront à la malade la possibilité de combattre le choc.

TRAITEMENT OBSTETRICAL

Selon la position du fœtus, selon l'insertion placentaire, selon les présomptions de viabilité fœtale, le choix des manœuvres obstétricales a été décidé.

Notons tout d'abord que la quasi totalité de nos observations montre que le premier geste (lorsque cela a été possible) fut de rompre artificiellement les membranes ainsi que l'a appris Puzos, pour permettre à l'hémostase et à la dilatation de s'effectuer.

Nous ne devons, en effet, pas oublier que la plupart des parturientes sont des multipares et qu'on est en droit d'espérer une dilatation rapide. Pour cela l'adjonction de la spasmalgine par voie sous-cutanée ou intra-veineuse a été un apport précieux.

La dilatation dirige la modalité de l'intervention. On ne pourra effectuer de manœuvres obstétricales qu'à la dilatation complète ou complétable. Dans les cas où la dilatation n'a pas progressé l'intervention chirurgicale a été décidée.

Quelle est la fréquence des différentes actions obstétricales que nous avons rencontrées.

1950-1951 : Sur 52 placenta prævia :

- 17 accouchements normaux ;
- 6 versions ;
- 4 abaissements prophylactiques du pied ;
- 6 forceps, dont un sur une grossesse gémellaire ;
- 3 grandes extractions du siège. Dont une avec forceps.

Les accouchements normaux se sont pour la plupart produits sur des enfants prématurés, l'engagement en position céphalique était réalisé à l'entrée dans le service. De même pour les forceps. Le reste des cas ayant eu lieu sur des têtes mobiles des présentations transversales ou des sièges.

Les Braxton-Hicks et les abaissements prophylactiques du pied ont permis sur des dilatations paresseuses de réaliser un hémostase provisoire en même temps qu'ils accéléreraient l'expulsion, puisque toutes les patientes étaient des multipares.

C'est pour cette raison que très fréquemment le choix s'est porté sur ces manœuvres.

Quant aux versions par manœuvres internes elles ont permis de réaliser l'engagement qui ne s'était pas fait sur une dilatation complète.

Nous avons noté pour l'année 1949 :

7 accouchements normaux.

4 sièges.

3 versions.

Les résultats obtenus par ces différentes méthodes montrent que leur choix a été pertinent. Il ne peut être discuté que pour l'attente qu'il fait subir aux malades. A la fin de notre travail nous expliquerons comment seul l'état de la malade a pu dicter notre attitude.

Pendant les manœuvres obstétricales, le traitement médical les complète et à la fin de ces manœuvres, l'association ergotine-hypophyse, permet aux muscles utérins de réaliser les « ligatures vivantes » (Pinard) qui empêchent l'éventualité de l'hémorragie de la délivrance.

Par mesure de sécurité, c'est artificiellement que cette délivrance est effectuée, dans la grande majorité des cas. Nous excepterons les deux cas où le placenta a été expulsé avant le fœtus. Ainsi toute perte de sang inutile est évitée. Notons que nous n'avons pas enregistré une seule rupture utérine après manœuvres obstétricales dans toutes nos observations.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical a été appliqué dans les cas où le défaut de dilatation, la présentation transversale (90 % des cas) avec un placenta prævia central ou centro margi-

nal fait que la mère continue à saigner sans espoir d'arrêter l'hémorragie autrement que par l'intervention la plus rapide.

Dans les observations nous avons noté la technique employée dans le service de la maternité de l'hôpital Sadiki. C'est à la césarienne basse segmentaire avec incision transversale de l'utérus qu'est allée la préférence.

C'est une technique classique employée par de nombreux accoucheurs.

Après la césarienne les injections de post-hypophyse intra-muros et sous cutanées associées à l'ergotine sont suivies deux heures après d'une injection de morphine (destinée à enrayer le choc secondaire) complètent heureusement l'action chirurgicale.

La lecture des observations permet de se rendre compte qu'à chaque cas particulier on a appliqué un traitement différent.

Comparons maintenant les résultats fournis par le traitement chirurgical.

Le déroulement normal de l'accouchement apporte :

6 enfants vivants soit environ 30 %.

8 morts-nés soit environ 45 %.

4 décédés les jours suivants l'accouchement du fait de la prématurition, soit environ 25 %.

Sur Braxton-Hicks on a eu :

4 morts nés soit environ 65 %.

2 vivants dont un prématuré soit environ 35 %.

Les abaissements prophylactiques du pied donnent :

4 morts dont un macéré et une mort maternelle.

Les forceps : (6)

2 enfants vivants, soit environ 35 %.

4 morts-nés soit environ 65 %.

2 femmes décédées.

2 extractions du siège.

2 morts-nés dont un prématuré.

6 versions.

4 morts-nés.

1 enfant décédé dans les jours suivants, soit environ 85 %.

1 enfant vivant soit environ 15 %.

Pour le traitement chirurgical :

5 morts-nés soit environ 70 %.

2 enfants décédés les jours suivant l'accouchement.

3 enfants vivants soit environ 30 %.

2 femmes décédées dont une ayant subi une hystérectomie pour hémorragie incoercible.

En résumé on note pour les manœuvres obstétricales 30 décès infantiles sur 41 et pour les manœuvres chirurgicales : 8 décès sur 11 dont deux dans les jours suivant l'accouchement.

Nous avons noté 73 % de morts fœtales dans les manœuvres obstétricales contre 70 % dans les manœuvres chirurgicales.

Ces deux chiffres sont à peu près équivalents et nous les considérerons comme tels.

Pour les mères dans les années 1950-1951 sur :

5 décès, 3 obstétricaux, 2 chirurgicaux.

Nous pensons que ce peu de différence provient du fait que les délais d'attente dûs à l'état précaire des femmes qui viennent dans le service sont grossis anormalement.

Dans les suites de couches les antibiotiques, ont à l'heure actuelle transformé la morbidité du post-partum.

Pénicilline associée quelquefois à la streptomycine et aux sulfamidés aux doses employées couramment.

Contre l'anémie, le fer, les extraits hépatiques et lorsqu'on le peut, le sang contribuent à rétablir une formule sanguine normale.

Nous n'avons pas relevé, dans nos observations, des complications veineuses : phlébites ou embolies au cours des suites de couches. Ce n'est pas une raison suffisante pour passer sous silence la gravité et la fréquence de ces accidents après un P.P. Nous pensons que dans les cas où ils pourraient se produire, l'emploi d'anticoagulants, avec contrôle du taux de Prothrombine et du temps de coagulation doit s'ajouter avec succès aux anti-infectieux.

Le distilbène V pendant trois jours associé ou non à la purgation a permis d'enrayer la lactation chaque fois que cela était nécessaire.

En conclusion du traitement par les actions locales et générales on a tenté de prévenir le danger de l'hémorragie. On a essayé toutes les fois qu'il a été possible de le faire d'éviter l'emploi de manœuvres intempestives qui n'auraient eu d'autre but que d'aggraver le pronostic. On a choisi entre le traitement obstétrical et chirurgical celui qui a permis dans les délais les plus brefs possibles de délivrer la femme en donnant le maximum de chance de survie à l'enfant.

CONCLUSIONS

Tout au long de cette étude notre souci dominant a été de prouver qu'une affection comme le placenta prævia considérée comme éventualité rare en Europe et aux États-Unis est parmi la population musulmane un danger auquel on doit s'efforcer de faire face.

Nous voudrions croire qu'il est possible de lutter préventivement contre le placenta prævia. Mais pour cela il faudrait éduquer la femme musulmane afin qu'elle suive les consultations et visites prénatales.

Si des deux causes principales du placenta prævia :

- Endométrite ;
- Multiparité ;

on arrive à faire régresser la première en la dépistant par des examens et en la traitant par l'arsenal antibiotique qui est à notre disposition, un progrès certain sera réalisé.

Les obstétriciens locaux jugent d'ailleurs que depuis ces dernières années où les populations usent plus fréquemment de la pénicilline par exemple, les endométrites ont tendance à diminuer de fréquence.

On peut expliquer qu'au cours d'une affection siégeant sur une autre partie du corps, le traitement anti-infectieux agisse insidieusement sur l'endométrite méconnue.

Les examens gynécologiques font dépister bon nombre d'endométrites. Mais la femme musulmane est encore rebelle à subir la visite d'un médecin tant est grande la notion de pudeur parmi ces populations.

Il va de soi qu'on ne peut codifier la natalité, mais ces consultations permettent de suivre le décours éloigné des suites de couches et d'éviter ainsi grand nombre de grossesses sur un utérus sub-involué en montrant à la femme les dangers qu'elle court.

On pourrait encore améliorer le diagnostic, si un jour il était possible de faire admettre aux femmes tunisiennes qu'elles devraient consulter un médecin lorsque un événement anormal survient au cours de la grossesse.

A ce moment le traitement que nous appliquons pour-

rait prouver toute son efficacité et les taux de mortalité maternelle et fœtale diminueraient.

Les décès constatés chez les femmes ne sont plus dûs comme avant, à la brutalité des actions curatives et aux infections puerpérales. La mortalité due aux hémorragies est restée assez élevée, à cause de leur importance en durée sur un organisme peu résistant.

Toujours en se reportant à nos observations on peut considérer que l'on fait attendre la femme souvent plusieurs heures avant d'oser intervenir. Cette attitude peut paraître incompréhensible car la rapidité devrait être une loi rigoureuse.

Mais il faut avoir vu l'état impressionnant de ces femmes arrivant à la dernière limite de leurs ressources physiques pour comprendre qu'on essaye tout d'abord de lutter contre l'anémie et les chocs.

On ne peut disposer à l'heure actuelle de quantités de sang assez importantes pour pouvoir perfuser ces malades comme on le voudrait. On ne peut obtenir que de faibles quantités, 200 gr. ou 500 gr. de sang, alors que des quantités plus importantes seraient indispensables. Les chirurgiens et les accoucheurs de Tunisie font porter leurs efforts vers la création de banques de sang assez bien pourvues pour que dans les délais les plus brefs, ils puissent obtenir la quantité et le groupe indispensables à un besoin précis.

Pour les enfants, ils ne naissent vivants (17 cas sur la totalité de nos observations) qu'en comprenant un nombre important de prématurés (plus de 60 %).

A ceux-ci viennent s'ajouter tous les prématurés qui naissent en dehors du placenta prævia, et dont le nombre en Tunisie continue à faire l'objet de travaux dans le service d'obstétrique de l'hôpital Sadiki.

Pour nous les causes de la mort fœtale demandent qu'en même temps on lutte contre la prématurition et contre le placenta prævia. Les actions isolées ne pourront donner que des résultats décevants.

En Tunisie il faudrait plutôt faire exception de certaines coutumes ancestrales au profit de garanties sûres qu'offrent les visites prénatales judicieusement organisées.

B I B L I O G R A P H I E

- BRET J. : Gynécologie obstétrique n. 1, 2, 3, 31, 34. 1943.
- DESOUBRY : Intervention chirurgicale dans le traitement du placenta prævia. Paris 1925.
- FAUDOT : Traitement du Placenta Prævia. Thèse Paris 1940.
- KELLER et GINGLINGER : Chirurgie et obstétrique.
- LE CLOUHAEC : Placenta Prævia, fréquence et pronostic. Thèse Paris.
- LANCY : Césarienne et Placenta Prævia. Thèse 1945.
- LANTUEJOUL : Bulletin académie de médecine. Juillet 1950.
- LANTUEJOUL et HERAUX : L'anémie du nouveau-né dans le placenta prævia. A. L. Juillet 1950.
- VIGNES H. : L'insertion du Placenta sur le segment inférieur 1934.
- PAUCOT et RIBES : Rapport d'octobre 1933.
- SCEMLA J. : Sur un cas de rétention de lithopédion pendant 22 mois. Gynécologie obstétrique 1948.
Encyclopédie médico-chirurgicale.
Obstétrique 8089.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

	Pages
Définition	22
Historique	23

PREMIERE PARTIE

Fréquence	25
Observations	28

DEUXIEME PARTIE

Pathogénie	49
Clinique	50
Diagnostic	52
Pronostic	53

TROISIEME PARTIE

Traitements	}	médical	57
		obstétrical	57
		chirurgical	59
Conclusions			63
Bibliographie			65

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

IMPRIMERIE PUJOLAS

67, Rue Nationale. 67

NIMES

